UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

1920-1921 2e Série N° 166

CONSIDÉRATIONS SUR LA VALEUR MÉDICO-LÉGALE DES ECCHYMOSES RÉTRO-PHARYNGIENNES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 21 juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

KLEINPETER Jules-Marie-Joseph

PRÉPARATEUR DE MÉDECINE LÉGALE A LA FACULTÉ DE NANCY

né le 3 février 1894, à Langres (Haute-Marne)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	MM. P. PARISOT, professeur	*Président.*
	LUCIEN, professeur	*Juges.*
	MICHEL, agrégé	
	RICHON, agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE A. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

1921

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547215_0041

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

1920-1921 2e Série N° 166

CONSIDÉRATIONS SUR LA VALEUR MÉDICO-LÉGALE

DES ECCHYMOSES

RÉTRO-PHARYNGIENNES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 21 juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

KLEINPETER Jules-Marie-Joseph

PRÉPARATEUR DE MÉDECINE LÉGALE A LA FACULTÉ DE NANCY

né le 3 février 1894, à Langres (Haute-Marne)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. P. PARISOT, professeur........ *Président.*
LUCIEN, professeur .... *Juges.*
MICHEL, agrégé .. ..
RICHON, agrégé ....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE A. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

1921

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. E. Meyer, O ✻, I ✿.
Assesseur : M. Weiss, O ✻, I ✿.
Doyen honoraire : M. F. Gross, O ✻, I ✿.
Professeurs honoraires : MM. Beaunis, O ✻, I ✿; Nicolas, ✻, I ✿; Prenant, ✻, I ✿; F. Gross, O ✻, I ✿; Chrétien, I ✿; Herrgott, O. ✻, I ✿.

Professeurs.

Clinique chirurgicale	M. Weiss, O ✻, I ✿.
Chimie médicale et toxicologie	M. Garnier, I ✿.
Hygiène	M. Macé, ✻, I ✿.
Physiologie	M. E. Meyer, O ✻, I ✿.
Clinique médicale	M. Simon, ✻, I ✿.
Histoire naturelle médicale	M. Vuillemin, I ✿.
Clinique ophtalmologique	M. N...
Médecine légale	M. P. Parisot, O ✻, I ✿.
Clinique des maladies des enfants	M. Haushalter, ✻, I ✿.
Anatomie pathologique	M. Hoche, ✻, I ✿.
Clinique médicale	M. Etienne, ✻, I ✿.
Clinique chirurgicale	M. Vautrin, ✻, I ✿.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. Spillmann, ✻, I ✿.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. Frœlich, ✻, I ✿.
Physique médicale	M. Lambert, I ✿.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. Fruhinsholz, ✻, I ✿.
Histologie	M. Collin, ✻, I ✿.
Anatomie descriptive	M. Lucien, ✻, I ✿.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. Jacques, ✻, I ✿.
Clinique des voies urinaires	M. André, ✻, I ✿.

Chargés de cours complémentaires.

Médecine opératoire	M. Michel, ✻, I ✿, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	M. Michel, ✻, I ✿, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	M. Paris, ✻, I ✿.
Clinique des maladies des vieillards	M. Richon, ✻, I ✿, agrégé libre.
Pathologie interne	M. Richon, ✻, I ✿, agrégé libre.
Accouchements (cours théorique)	M. S. Rémy, A ✿, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. Perrin, I ✿, agrégé.
Thérapeutique	M. Perrin, I ✿, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J. Parisot, O ✻, I ✿, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. Parisot, O ✻, I ✿, agrégé.
Pathologie externe	M. Binet, I ✿, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1)	M. Caussade, A ✿, agrégé.
Clinique d'électrothérapie	M. N.

Agrégés en exercice

MM. Robert, I ✿.	MM. J. Parisot, O ✻, I ✿.	MM. Job, ✻, A ✿.
Binet, I ✿.	Fairise, A ✿.	Jeandelize.
Perrin, I ✿.	Caussade, A ✿.	P. Mathieu, A ✿.
Thiry, ✻, I ✿.	Barthélemy, ✻, A ✿.	

Agrégés libres

MM. Février, G O ✻, I ✿; G. Gross, ✻, I ✿; G. Michel, ✻, I ✿; Richon, ✻, I ✿; S. Remy, A ✿; Busquet, I ✿.

M. H. Coiffard, I ✿, Secrétaire.
M. F. Lambert des Cilleuls, ✻, ✿, I ✿, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A ma grand'mère,

Hommage respectueux.

A mon père. A ma mère.

En témoignage de ma profonde affection

et de ma vive reconnaissance.

A ma sœur et à mon frère.

A tous mes amis.

A mon maître et président de thèse :

Monsieur le professeur P. Parisot,

Professeur de médecine légale,

Médecin chef de l'Hospice Saint-Julien,

Officier de la Légion d'honneur.

A mes juges :

Monsieur le professeur Lucien,

Professeur d'anatomie,

Chevalier de la Légion d'honneur.

Monsieur le professeur agrégé Michel,

Chevalier de la Légion d'honneur.

Monsieur le professeur agrégé Richon,

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Dans son traité : *La pendaison, la strangulation, la suffocation, la submersion*, paru en 1897, Brouardel attire l'attention sur un fait nouveau qui, dit-il, ne se trouve décrit dans aucun autre livre et qu'il a constaté presque toujours dans ses autopsies, c'est la présence chez les pendus et les strangulés d'une ecchymose rétro-pharyngienne ; pour lui cette ecchymose qui siège derrière le pharynx, en avant de la colonne vertébrale, est un signe certain que la pendaison ou la strangulation a eu lieu pendant la vie.

Or, au mois de décembre dernier, alors que nous assistions M. le professeur Parisot à une autopsie faite à titre de travaux pratiques, ne fûmes-nous pas médiocrement surpris de constater, chez un sujet ayant succombé à une mort naturelle (broncho-pneumonie) la présence d'une suffusion sanguine dans la région prévertébrale, affectant de prime abord l'aspect d'une ecchymose rétro-pharyngienne. Comme nous manifestions notre étonnement, M. le professeur P. Parisot nous conseilla de poursuivre la dissection et nous découvrîmes en effet que ce petit épanchement de sang était en rapport avec une fissure minime siégeant en plein corps vertébral de la cinquième vertèbre cervicale. Devant cette particularité,

nous pouvions nous demander si l'affirmation de Brouardel s'appliquait à l'intégralité des cas et avait une valeur absolue.

Un peu plus tard, à l'occasion d'une autopsie médico-légale, où nous étions en présence de signes certains d'une strangulation à la main très nette, et en particulier de l'ecchymose rétro-pharyngienne signalée par Brouardel, nous avons trouvé un piqueté ecchymotique siégeant sur la muqueuse pharyngienne et se superposant exactement à l'ecchymose rétro-pharyngienne. M. le professeur P. Parisot pensa que la constatation de ce piqueté ecchymotique, sur la muqueuse pharyngienne, pouvait corroborer la valeur de l'ecchymose rétro-pharyngienne produite pendant la vie, par les manœuvres de strangulation ou de pendaison et la différencier des lésions hémorragiques qui peuvent se produire après la mort, en avant de la colonne vertébrale, au cours de manœuvres banales, qui n'ont rien de criminelles, par un mécanisme spécial que nous avons mis en lumière dans nos recherches expérimentales. Il nous conseilla d'étudier ce sujet et c'est le résultat de notre travail que nous publions aujourd'hui en adoptant le plan suivant :

Le premier chapitre est consacré à un aperçu anatomique rapide des régions du cou qui nous intéressent particulièrement.

Dans le second, nous faisons un court historique de l'ecchymose rétro-pharyngienne, nous en donnons, d'après les auteurs, la description, le siège, le mode de production et nous parlons des différentes variétés d'ecchymoses rétro-pharyngiennes que l'on peut rencontrer.

Le troisième chapitre est réservé à nos expériences sur le cadavre, qui nous éclairent sur certains faits que nous

avons observés et nous permettent de discuter la valeur diagnostique des différentes variétés d'ecchymoses rétro-pharyngiennes.

Dans le quatrième chapitre, nous parlons des hémorragies œsophagiennes et pharyngiennes et de leur valeur diagnostique dans les cas de mort par strangulation ou pendaison.

Le cinquième chapitre renferme un résumé de quelques observations que nous publions à titre documentaire.

Enfin nous terminons par un résumé, des conclusions et un index bibliographique.

M. le professeur Pierre Parisot, auprès de qui, depuis deux ans, nous avons l'honneur de remplir les fonctions de préparateur, nous a inspiré ce travail. Il ne nous a ménagé pour le mener à bonne fin, ni ses conseils éclairés ni ses encouragements toujours empreints de sympathie. Nous lui sommes profondément reconnaissant pour la grande bienveillance, la bonté et les marques d'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner. Nous ressentons très vivement l'honneur qu'il nous fait de vouloir bien présider notre thèse, et nous sommes heureux de lui offrir ce modeste travail en hommage respectueux.

M. le professeur Lucien ne nous a pas non plus ménagé ses conseils et a été pour nous un maître bienveillant, nous le prions de vouloir bien recevoir l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant de juger ce travail.

MM. les professeurs agrégés Michel et Richon ont bien voulu accepter de faire partie de notre jury, nous les

remercions bien vivement de l'honneur qu'ils nous font et de l'intérêt qu'ils nous ont toujours porté.

Que tous nos Maîtres dans les Hôpitaux et à la Faculté veuillent bien agréer l'expression de notre reconnaissance.

M. Delahaye, chirurgien-dentiste à Avallon ; M. le docteur Masson, M. le docteur Gille, dont les conseils ont éclairé nos incertitudes de jeune homme, ont droit à toute notre reconnaissance.

Nous adressons un souvenir ému à la mémoire de nos camarades du 21e d'Infanterie et du 212e d'Artillerie et de tous nos amis tombés au Champ d'honneur.

Nous prions enfin nos camarades d'études, avec lesquels nous avons passé des heures si agréables, de croire à notre bonne amitié.

CHAPITRE PREMIER

Considérations anatomiques

Afin de pouvoir précier le siège des lésions que nous rencontrerons au cours de cette étude et pour bien faire comprendre par quel mécanisme elles ont pû être produites, nous croyons utile de rappeler brièvement l'anatomie de la région, et pour être aussi court que possible, nous n'envisagerons dans notre description que ce qui est en rapport direct avec notre sujet.

Nous commencerons par la colonne cervicale pour gagner plan par plan la région superficielle, empruntant notre description aux traités d'anatomie classiques.

Ce qui nous intéresse particulièrement dans les vertèbres cervicales se sont les corps vertébraux ; c'est sur eux que siégeront certaines lésions dont nous aurons à parler.

Les corps vertébraux affectent la forme d'un cylindre et par conséquent nous offrent à considérer deux bases, l'une supérieure, l'autre inférieure et une circonférence.

Sur les vertèbres cervicales, cette circonférence présente, en avant, à sa partie médiane, une saillie verticale souvent très prononcée et une série d'orifices, très variables en nombre et en dimensions, destinés à livrer passa-

ge aux canaux veineux qui amènent dans les veines longitudinales antérieures du rachis le sang veineux du corps de la vertèbre.

Le rachis, dans la portion cervicale, reçoit une série de rameaux artériels dorso-spinaux qui se détachent de la vertébrale ; les veines du rachis, d'après leur situation, peuvent se diviser en quatre groupes, savoir : les veines intra-rachidiennes, les veines des corps vertébraux, les veines de la moëlle et les veines extra-rachidiennes ; ces dernières seules nous intéressent et parmi elles, notamment, les veines extra-rachidiennes antérieures. Ces veines qui émergent des corps vertébraux et des ligaments qui les unissent sont généralement très grêles et se jettent dans les troncs voisins.

Comme moyen d'union des vertèbres, nous trouvons des ligaments de deux ordres, les uns interosseux, appelés encore ménisques ou disques intervertébraux, les autres périphériques se disposent tout autour de la colonne vertébrale ; parmi ces derniers, nous ne retiendrons que le ligament commun antérieur qui se présente à nous sous forme d'un long ruban blanchâtre et nacré couché sur la partie antérieure de la colonne vertébrale et s'étendant sans interruption du corps de l'axis à la partie supérieure du sacrum. Il est formé de plusieurs plans de fibres toutes longitudinales.

Au cou, tout d'abord, ce ligament ne recouvre que la partie médiane de la colonne, étroit et comme effilé à sa partie supérieure, il s'élargit peu à peu au fur et à mesure qu'il descend et revêt ainsi dans son ensemble la forme d'un triangle très allongé, dont la base répond à la première vertèbre dorsale.

Sur ce ligament, on constate la présence d'une série

d'orifices allongés en forme de fentes qui livrent passage à des veines.

Le ligament commun antérieur adhère intimement par sa face postérieure aux corps vertébraux et aux disques fibro-cartilagineux qui les unissent ; sa face antérieure est en rapport, à la région cervicale, avec les muscles longs du cou, grand droit antérieur, et petit droit antérieur de la tête, avec l'aponévrose prévertébrale appelée encore aponévrose cervicale profonde et par l'intermédiaire de cette aponévrose avec le pharynx et la partie supérieure de l'œsophage. L'épaisseur de ce ligament, minime au cou, atteint son maximum dans la région dorsale.

Dans la région cervicale, les muscles prévertébraux n'occupant que les parties latérales de la colonne vertébrale, l'aponévrose cervicale profonde se trouve appliquée directement contre le ligament vertébral commun antérieur, auquel elle adhère intimement et ne peut guère en être séparée que par un artifice de dissection. D'ailleurs, cette aponévrose est parfois réduite aux proportions d'une simple toile celluleuse qui va en s'amincissant graduellement et se confond, à la hauteur des premières vertèbres dorsales avec le tissu cellulaire du médiastin postérieur.

Voyons maintenant les rapports du pharynx. La surface extérieure du pharynx est recouverte en arrière et sur les côtés par une couche de tissu cellulaire : la couche celluleuse péripharyngienne.

En arrière, le pharynx répond tout d'abord à la surface basilaire de l'occipital, puis à la colonne vertébrale dont il est séparé par les muscles prévertébraux et par l'aponévrose de même nom.

Une nappe de tissu cellulaire lâche, le tissu cellulaire rétro-pharyngien, l'unit à cette dernière aponévrose, tout en lui permettant de glisser facilement sur elle.

L'extrémité inférieure du pharynx se continue avec l'œsophage, aucune ligne de démarcation bien nette ne sépare les deux organes ; la limite conventionnelle est établie par un plan horizontal qui serait tangent au bord inférieur du cartilage cricoïde ; ce plan rencontre en arrière le corps de la sixième ou de la septième cervicale.

Les veines forment au-dessous de la muqueuse un premier plexus, le plexus sous-muqueux, des branches partent de ce premier plexus, traversent la couche musculaire et viennent former à la surface externe du pharynx un deuxième plexus à mailles larges et irrégulières pouvant acquérir un développement remarquable. Ce plexus profond communique avec les veines vidiennes, ptérygo-palatines et méningées.

A propos du larynx, nous nous bornerons ici à mentionner quelques-uns de ses rapports, ceux qui nous intéressent directement, et à dire quelques mots de sa constitution anatomique.

Le larynx occupe la partie moyenne et antérieure du cou, projeté sur la colonne vertébrale ; le larynx, chez l'homme adulte, répond ordinairement aux dernières vertèbres cervicales.

Une ligne horizontale et médiane menée par l'échancrure du cartilage thyroïde rencontre en arrière la partie supérieure du corps de la cinquième cervicale. Une deuxième ligne horizontale passant par le bord inférieur du

cricoïde rencontre la partie moyenne ou même la partie inférieure du corps, de la septième cervicale.

Parmi la série de pièces cartilagineuses que présente à étudier le larynx, nous ne parlerons que du cartilage cricoïde pour en rappeler la forme spéciale qui l'a fait comparer à une bague, qui serait disposée horizontalement et dont le chaton serait tourné en arrière ; la pression de ce chaton contre la colonne vertébrale au cours des manœuvres de strangulation, joue un rôle important dans la production de l'ecchymose rétro-pharyngienne, et tout particulièrement lorsque le pharynx et ossifié.

CHAPITRE II

Historique et considérations concernant l'ecchymose rétro-pharyngienne

C'est à Brouardel que revient l'honneur d'avoir signalé pour la première fois l'existence fréquente d'une ecchymose rétro-pharyngienne dans les cas de mort par pendaison ou par strangulation : « Cette ecchymose, dit-il, se produit derrière le pharynx, en avant de la colonne vertébrale ; elle est due à la pression exercée par le larynx projeté en arrière contre la paroi pharyngienne et aux contusions provoquées par les secousses convulsives qui accompagnent la mort par pendaison ; il se fait alors par contusion du larynx un froissement de la muqueuse pharyngienne et dans le tissu cellulaire sous-jacent une ecchymose dont la largeur, l'épaisseur et la grandeur sont fort variables. »

Il faut, dit-il, dans une expertise toujours rechercher cette ecchymose, vous aurez beau susprendre des cadavres, jamais vous ne produirez une ecchymose rétropharyngienne. Nous avons donc là, ajoute Brouardel, un signe probant, un signe certain, que la pendaison a eu lieu pendant la vie.

Dans son article sur la strangulation, nous relevons le passage suivant relatif à l'ecchymose rétro-pharyngienne : « Vous devez procéder avec le plus grand soin à l'examen de la muqueuse pharyngienne. J'insiste sur cet examen parce qu'il vous permet de constater l'existence de l'ecchymose rétro-pharyngienne dont je vous ai parlé à propos de la pendaison : j'ai souvent retrouvé cette ecchymose. »

Nous avons pris soin de reproduire ces lignes, écrites par Brouardel, afin de bien mettre en évidence l'importance particulière qu'il attache à cette lésion.

L'ecchymose rétro-pharyngienne est mentionnée dans les classiques, qui en font un exposé sommaire, acceptent et reproduisent les idées de Brouardel. Nous pensons qu'il est intéressant de publier l'opinion personnelle de quelques-uns d'entre eux, afin de donner une idée générale sur cette question.

Balthazard, dans son traité de médecine légale, dit à propos des lésions profondes du cou dans la pendaison : « Brouardel insiste avec raison, sur la fréquence de l'ecchymose rétro-pharyngienne, produite par le choc de la base de la langue et du larynx, sur la paroi postérieure du pharynx. Cette lésion est constante dans les pendaisons judiciaires, qu'accompagne une fracture ou un décollement des vertèbres. »

Thoinot (*Précis de médecine légale*) : « Parmi les lésions hémorragiques profondes il faut, suivant Brouardel, attacher une importance particulière à l'ecchymose rétro-pharyngienne, véritablement caractéristique de la pendaison pendant la vie. Cette ecchymose est malheureusement fort inconstante. »

Lacassagne (*Précis de médecine légale*) : « Brouardel,

Vibert, Descourt attachent une grande importance à l'ecchymose rétro-pharyngienne, située en arrière du pharynx, au-devant de la colonne vertébrale. Son étendue est variable, du diamètre d'une lentille ou d'une pièce de un franc. Nous ne l'avons pas trouvée aussi souvent que Brouardel. »

Dans son *Précis de médecine légale*, Vibert ne parle pas spécialement de l'ecchymose rétro-pharyngienne, il dit simplement, dans sa description des lésions internes du cou : « Des extravasations peuvent exister dans le tissu cellulaire qui sépare les muscles et dans celui qui se trouve à la partie antérieure de la colonne vertébrale ; il est vrai qu'en ce dernier point, les extravasations sanguines ne sont pas absolument caractéristiques, car nous en avons rencontré chez des sujets qui n'avaient pas subi de violences directes sur le cou. »

Les dimensions de cette ecchymose sont fort variables : « Tantôt réduite aux dimensions d'une pièce de cinq francs, dit Brouardel, cette ecchymose peut être étendue de la base du crâne au médiastin. »

D'après les constatations que nous avons faites, au cours d'autopsies de personnes ayant succombé à la pendaison ou à la strangulation, nous croyons que les dimensions de cette ecchymose ne sont pas, en général, aussi grandes. Celles que nous avons rencontrées avaient des dimensions variant de celle d'une pièce de cinquante centimes à celle d'une pièce de deux francs. Rarement elles atteignaient celle d'une pièce de cinq francs. Pour Lacassagne, nous l'avons déjà signalé, l'étendue en est variable du diamètre d'une lentille ou d'une pièce de un franc.

Quant au siège de l'ecchymose rétro-pharyngienne, il

peut varier, en hauteur, depuis les premières vertèbres cervicales jusqu'à la septième. En profondeur, on peut la trouver, suivant nous, soit en avant du ligament vertébral commun antérieur, dans le tissu cellulaire rétropharyngien, soit en arrière de ce ligament, à la face antérieure de la colonne vertébrale. Ces différences tiennent aux divers modes de production de l'ecchymose et à l'attitude respective de la victime et de son agresseur.

L'ecchymose rétro-pharyngienne haut placée, c'est-à-dire siégeant en avant des premières vertèbres cervicales, pourra avoir été produite par la pression de la base de la langue qui vient s'appliquer exactement contre la partie postérieure du pharynx. Ce mécanisme est invoqué par Brouardel dans la pendaison. Le larynx, la trachée et la base de la langue étant entraînés par le lien de suspension. Ce mécanisme est admissible également dans la strangulation, tout d'abord dans la strangulation à la main, où, d'après Brouardel, les professionnels, les artistes en ce genre, à l'époque où il existait des bandes d'étrangleurs organisées, cherchaient surtout à repousser avec le pouce et l'index, le larynx et la langue vers la voûte palatine.

Dans certains modes de strangulation au lien, notamment dans le genre de meurtre qui a été désigné sous le nom de *coup du Père François*, où l'agresseur s'arrange pour surprendre sa victime et lui jeter par derrière un lien qu'il serre énergiquement en chargeant le corps sur son dos, la base de la langue sera refoulée d'avant en arrière et de bas en haut contre le pharynx. Ce mécanisme pourra donner naissance à une ecchymose haut placée et, comme dans cette région il existe un tissu cellu-

laire lâche abondant, l'ecchymose qui y prendra naissance sera généralement volumineuse.

La pression exercée par la base de la langue peut être très forte ; elle est notée par Montagné, qui l'a fait intervenir dans la production de l'hémorragie de l'oreille externe, que l'on rencontre quelquefois dans la strangulation à la main. Cette hémorragie résulte de la déchirure du tympan, car le refoulement de la langue amène une augmentation de pression dans l'oreille interne, en comprimant l'orifice de la trompe d'Eustache.

Au cours de la strangulation manuelle, quand les manœuvres sont pratiquées brutalement, par un adulte vigoureux, sur une personne de constitution faible ou malade ou sur un vieillard, rien d'étonnant que le choc de la langue contre le pharynx soit suffisant pour donner naissance à une ecchymose rétro-pharyngienne, car il est certain qu'un individu, au paroxysme de la colère, qui cherche à étrangler quelqu'un, développe une force considérable.

D'autres fois, la pression de la base de la langue n'est pas assez violente pour produire une ecchymose, et ne donnera naissance qu'à une congestion diffuse plus ou moins intense du pharynx. Nous en publions, dans le chapitre V, des observations recueillies au service de Médecine légale de Nancy.

Nous devons noter également, que certaines congestions diffuses sont dues uniquement à la stase veineuse. Nous publions aussi une observation personnelle, où, une vaste ecchymose occupant l'espace maxillo-pharyngien du côté droit, accompagnée d'une fracture de la corne droite de l'os hyoïde, n'avait pour autre cause que

la pression exercée par le nœud coulant du lien de suspension.

Un deuxième mode de production de l'ecchymose rétro-pharyngienne est le suivant : Si l'effort du meurtrier se concentre surtout sur le larynx, c'est cet organe, et tout particulièrement le chaton du cartilage cricoïde, qui, transmettant la pression à la colonne vertébrale, déterminera la formation de l'ecchymose rétro-pharyngienne. Il nous a été donné l'occasion, au cours d'une autopsie où nous assistions M. le professeur P. Parisot et dont nous publions le rapport médico-légal dans notre thèse, de constater les rapports étroits qui existaient entre l'ecchymose rétro-pharyngienne et le chaton du cartilage cricoïde qui se superposaient exactement l'un à l'autre.

Le siège de l'ecchymose rétro-pharyngienne variera, nous l'avons dit, suivant la position respective de l'agresseur et de sa victime. En effet, si les manœuvres de strangulation sont faites sur un individu en station verticale, le meurtrier aura tendance à exercer sur le larynx une pression dirigée de bas en haut ; tandis que, si la victime est dans le décubitus dorsal, la pression sera dirigée d'avant en arrière et dans une direction sensiblement perpendiculaire à la colonne vertébrale. De ce fait, l'ecchymose qui en résultera sera située plus bas que celle produite dans le cas précédent.

Enfin, pour être complet, nous devons signaler que l'on rencontre quelquefois, notamment chez les individus qui ont succombé à une hémorragie cérébrale ou méningée, à une fracture de la base du crâne, des ecchymoses prévertébrales plus ou moins étendues, mais généralement abondantes. A ce sujet, Vibert cite le cas d'un vieillard amené à la Morgue comme étranglé et qui était

mort en réalité d'une vaste hémorragie cérébrale de l'hémisphère droit. Il a trouvé, à la partie postérieure du pharynx, une ecchymose de trois centimètres de diamètre et plusieurs ecchymoses sur toute l'étendue de la gaine de la carotide gauche. Le soupçon de strangulation ne reposait que sur les commérages de deux femmes qui avaient remarqué que la cravate du défunt était serrée et qui en avaient conclu qu'il s'était sans doute étranglé.

En résumé, d'après ces considérations, nous pouvons distinguer, parmi les ecchymoses rétro-pharyngiennes, deux variétés principales.

a) Les vastes ecchymoses, diffuses, à épanchement volumineux avec caillots, le plus souvent haut situées, dues à la pression de la base de la langue contre la région rétro-pharyngienne, au sujet desquelles Brouardel dit que le volume peut être considérable et qu'elle peuvent envahir le médiastin. Ces ecchymoses donneront à l'expert qui les rencontrera, la certitude que la pendaison ou la strangulation a eu lieu pendant la vie. Elles seront, sans aucun doute, la signature d'une lésion vitale.

b) Les petites ecchymoses, celles que nous envisagerons dans notre thèse, bien limitées, dont les dimensions vont de celle d'une lentille à celle d'une pièce de un franc, siégeant à la face antérieure des dernières vertèbres cervicales, produites par la pression du larynx et tout particulièrement du cartilage cricoïde. Ce sont celles qui nous intéressent. Au cours de nos expériences, notre but a été de chercher à reproduire par un mécanisme spécial, sur le cadavre, des lésions analogues à ces petites ecchymoses.

Si l'affirmation de Brouardel, considérant l'ecchymose rétro-pharyngienne comme le signe par excellence de la

pendaison ou de la strangulation sur le vivant, n'est pas à mettre en doute quand il s'agit d'ecchymoses répondant par leurs caractères à celles que nous avons classées dans notre première catégorie, nous croyons, par contre, que la constatation d'une petite ecchymose analogue à celles faisant l'objet de notre deuxième variété, ne permet pas, à notre avis, d'être aussi affirmatif et n'autorise par l'expert à tirer des conclusions aussi précises. Ici, le doute peut persister, et le but de notre travail ,basé sur les expériences plus loin décrites, a été d'étudier en particulier une cause d'erreur que nous avions soupçonnée, à la suite d'une lésion trouvée au cours d'une autopsie.

CHAPITRE III

Production expérimentale sur le cadavre de l'hémorragie rétro-pharyngienne (variété prévertébrale)

Au mois de décembre dernier, comme nous l'avons déjà dit, nous avons eu la surprise de trouver sur le cadavre d'un homme âgé de soixante ans et ayant succombé à une mort naturelle, une petite suffusion sanguine, de la dimension d'une pièce de un franc, siégeant dans la région prévertébrale, au niveau de la cinquième vertèbre cervicale. Ce petit épanchement sanguin, vu à travers le surtout ligamenteux prévertébral, offrait à s'y méprendre l'aspect d'une ecchymose rétro-pharyngienne et aurait certainement fait penser à la strangulation si nous n'avions trouvé, auparavant, la cause exacte de la mort, qui était due à une broncho-pneumonie caractéristique.

Sur les conseils de M. le professeur P. Parisot, nous avons continué la dissection de la région prévertébrale, qui nous a montré que cette suffusion sanguine avait pour origine une fissure minime, oblique de haut en bas et de gauche à droite siégeant en plein corps vertébral

de la cinquième vertèbre cervicale et qui aurait facilement passé inaperçue.

Il nous restait, maintenant, à expliquer par quel mécanisme cette lésion avait pris naissance.

Nous étions en présence du cadavre d'un vieillard, ayant succombé à son domicile, à la suite d'une courte maladie, la veille du jour où nous avons pratiqué l'autopsie, et qui avait été amené à la Morgue municipale par le service des Pompes Funèbres. Il était logique de penser qu'il n'avait été l'objet d'aucune violence. D'ailleurs, le cadavre n'en portait pas de traces et nous devions chercher uniquement, dans les manœuvres auxquelles est soumis habituellement le corps après la mort, l'explication du fait qui avait attiré notre attention. Aussi, suivant l'avis de M. le professeur P. Parisot, nous avons pensé que la lésion osseuse constatée sur la cinquième vertèbre cervicale, avait pu être produite par les mouvements qui sont imposés à un cadavre, soit au cours de la toilette qu'il est de coutume de pratiquer avant la mise en bière, soit pendant le transport.

En effet, pour procéder à la toilette d'un cadavre, il est nécessaire de le faire passer à différentes reprises, du décubitus dorsal à la position assise, Pour ce faire, le cadavre est saisi par les bras et est maintenu dans le dos, mais souvent, la tête n'est pas soutenue et selon la position donnée au tronc, elle s'incline en avant, ou retombe en arrière de son propre poids. Pendant le transport du corps, les choses se passent d'une façon analogue, le cadavre est déplacé par deux personnes, l'une soutenant le siège et les membres inférieurs, l'autre portant le tronc. La tête, abandonnée à elle-même, retombe plus ou moins brusquement en arrière et les oscillations produites par

la marche des porteurs, communiquées au cadavre et par suite à la tète ballante, viennent ajouter leur effet à l'action de la pesanteur qui agit déjà plus sûrement par suite du relâchement musculaire. Aussi, la tête se met-elle en extension forcée et fait décrire à la colonne cervicale une courbure assez fortement convexe en avant.

Il nous est permis de dire que les manipulations dont nous venons de parler ne sont pas toujours faites avec douceur. Toutes les précautions ne sont pas toujours prises, et particulièrement quand ces manœuvres sont pratiquées par des mains mercenaires. De plus, nous devons rappeler qu'il est des circonstances où le transport d'un cadavre n'est pas chose facile, par exemple lorsqu'il s'agit de le descendre d'un étage supérieur par un escalier étroit et incommode. Aussi, nous a-t-il semblé admissible de chercher là la cause de la lésion osseuse que nous avons constatée chez ce vieillard dans la région cervicale et qui a entraîné, comme conséquence, la formation d'un petit épanchement sanguin dans le tissu prévertébral.

Pour justifier notre hypothèse, nous avons cherché à réaliser expérimentalement, sur le cadavre, des manœuvres analogues à celles que nous avions estimées suffisantes à produire les lésions localisées à la colonne vertébrale.

Au cours de nos expérimentations, notre but ayant toujours été de nous maintenir dans des limites conformes à la réalité, nous avons opéré de la façon suivante : le cadavre, étant en décubitus dorsal sur la table d'autopsie, le tronc soulevé par un billot placé sous les épaules, nous saisissons la tête par l'occiput et la mettions en flexion forcée en amenant le menton près du

sternum, puis, la laissant subitement échapper, nous la voyions retomber en arrière de son propre poids, réalisant ainsi l'extension forcée.

Nous remercions tout particulièrement M. le docteur Hamel, médecin des Asiles, qui, mis au courant de nos recherches, a bien voulu nous permettre de l'assister aux autopsies qu'il était appelé à faire à l'Asile de Maréville. Il nous autorisa à pratiquer, sur le cadavre, les manœuvres précitées et s'intéressant à notre travail, recherchait avec nous les lésions consécutives.

Pour bien mettre ces lésions en évidence, et pour ne pas être amené, au cours de notre dissection, à léser accidentellement la région rétro-pharyngienne, si richement vascularisée, nous avons adopté la technique suivie dans les autopsies médico-légales, qui consiste, après incision des muscles du plancher de la bouche, à attirer en avant le larynx, la trachée et l'œsophage, mettant ainsi à nu la face antérieure de la colonne vertébrale.

Nos expériences ont porté sur treize cadavres, dont onze étaient ceux de personnes âgées de 50 à 75 ans ; les deux autres ceux de sujets ayant respectivement 16 et 20 ans. Toutes nos expériences, sauf une, celle qui a été réalisée sur la cadavre d'un jeune homme de vingt ans, ont été positives.

En graduant notre effort, c'est-à-dire en laissant retomber la tête plus ou moins brusquement ou en répétant cette manœuvre un plus ou moins grand nombre de fois, nous avons provoqué une série de lésions d'importance variable que nous passerons en revue et étudierons en détail.

Tout d'abord nous allons donner un résumé de chacune de ces expériences sur le cadavre :

EXPÉRIENCE I

Jeune fille de 16 ans.

Rupture vasculaire siégeant sur la face latérale droite de la quatrième vertèbre cervicale ; le sang épanché s'étend sous le ligament vertébral commun antérieur jusqu'au voisinage de la ligne médiane tandis qu'à droite il gagne les muscles prévertébraux dont il infiltre le bord interne sur toute la hauteur de la quatrième vertèbre cervicale.

Il n'existe pas de lésions osseuses, les ligaments sont intacts.

EXPÉRIENCE II

X..., 64 ans.

Hémorragie de la dimension d'une pièce de deux francs siégeant au niveau de la cinquième vertèbre cervicale en rapport avec une fracture marginale du bord inférieur de cette vertèbre.

Le ligament vertébral commun antérieur est déchiré.

EXPÉRIENCE III

C.., 54 ans.

Infiltration sanguine de la dimension d'une pièce de un franc occupant la partie antérieure et médiane de la cinquième vertèbre cervicale, le ligament vertébral commun antérieur est intact, il en est de même des disques intervertébraux.

A la dissection on constate qu'il n'existe pas de lésion osseuse et que le sang s'écoule du corps même de la vertèbre par les trous vasculaires siégeant à la face antérieure de cette vertèbre.

EXPÉRIENCE IV

X..., femme de 74 ans.

Suffusion sanguine offrant le même aspect, les mêmes dimensions que celle signalée dans l'expérience précédente, ayant la même origine mais siégeant en avant de la quatrième vertèbre cervicale. Nous remarquons, de plus, que le sang a fusé à la face antérieure du ligament vertébral commun antérieur où, cependant, la dissection ne décèle pas de solution de continuité.

EXPÉRIENCE V

C..., 72 ans

Fracture marginale antérieure de l'extrémité inférieure du cinquième corps cervical, ayant déterminé la formation d'une hémorragie de la dimension d'une pièce de un franc, située en arrière du ligament vertébral commun antérieur.

La tête étant maintenue en extension forcée, on aperçoit adhérent au disque intervertébral séparant la cinquième vertèbre cervicale de la sixième, un fragment osseux, de forme triangulaire, mesurant 4^{mm} de longueur, 2^{mm} de largeur et 2^{mm} d'épaisseur.

Le ligament vertébral commun antérieur est intact. Au-dessus de cette première hémorragie, il en existe une deuxième, plus petite, nettement distincte, n'étant en rapport ni avec une lésion osseuse ni avec une lésion ligamenteuse et produite vraisemblablement par une rupture vasculaire.

EXPÉRIENCE VI

L... V..., 52 ans, décédé à la suite de septicémie causée par un vaste phlegmon de la cuisse droite, consécutif à une rupture de l'urètre.

Petite suffusion sanguine, siégeant sur la face antérieure de la cinquième vertèbre cervicale et semblant provenir des trous vasculaires. Cependant, en examinant attentivement cette vertèbre, nous avons constaté la présence d'un petit trait de fracture qui, tout d'abord, avait passé inaperçu, long de 3^{mm}, réunissant deux trous vasculaires voisins.

Il est à noter, qu'ici, l'hémorragie était beaucoup moins importante que dans toutes les autres expériences. Cette particularité est due, vraisemblablement, à ce que dans le cas particulier, notre expérience a été faite deux jours après l'autopsie pratiquée au Laboratoire d'anatomie pathologique.

EXPÉRIENCE VII

M..., 60 ans environ, noyé amené à la Morgue municipale.

Nous avons voulu voir apparaître les lésions sous nos yeux, aussi, nous n'avons fait subir à la tête les mouvements habituels qu'après avoir mis à nu la colonne vertébrale en réclinant le larynx, la trachée et l'œsophage.

Dès le troisième mouvement, nous avons aperçu un épanchement sanguin se former en avant de la quatrième vertèbre cervicale et dont les dimensions augmentaient à la suite des mouvements suivants, jusqu'au mo-

ment où est apparue une deuxième suffusion sanguine sur le cinquième vertèbre cervicale.

La dissection nous a montré que la première hémorragie provenait des trous vasculaires siégeant à la face antérieure de la quatrième vertèbre cervicale, tandis que la seconde avait pour origine un arrachement du ménisque interosseux de la base de la cinquième vertèbre cervicale.

Le ligament vertébral commun antérieur était intact.

EXPÉRIENCE VIII

Joseph K..., 54 ans.

Hémorragie due à une petite fracture du corps de la cinquième vertèbre cervicale.

Les ligaments sont intacts.

EXPÉRIENCE IX

B..., 71 ans.

Le cadavre est en état de rigidité complète, aussi, pour vaincre la contracture musculaire, avons nous été obligé d'imprimer à la tête des mouvements plus nombreux que ceux provoqués dans nos expériences précédentes.

Avant d'obtenir l'extension complète, nous avons entendu un craquement très net, nous avons aussitôt cessé les manœuvres et procédé à la dissection du cou, au cours de laquelle nous avons constaté que la cinquième vertèbre cervicale se trouvait isolée par deux traits de fractures parallèles.

Sa partie inférieure avait été arrachée par le disque intervertébral la séparant de la sixième vertèbre cervi-

cale ; sa partie supérieure était toujours adhérente au ligament interosseux la séparant de la quatrième, mais ce dernier avait arraché la partie inférieure de la quatrième vertèbre cervicale. L'hémorragie produite était très importante, elle s'étendait de chaque côté de la colonne vertébrale aux muscles prévertébraux et gagnait la face antérieure du ligament vertébral commun antérieur, qui cependant semblait intact.

EXPÉRIENCE X

M..., 52 ans.

Cette expérience présente ceci de particulier, c'est que dès le troisième mouvement de flexion puis d'extension de la tête, nous avons entendu nettement un craquement nous avertissant qu'une lésion osseuse venait de se produire. En effet, la dissection nour permit de nous rendre compte qu'il existait une hémorragie de la dimension d'une pièce de un franc siégeant en avant de la cinquième vertèbre cervicale qui présentait une fracture marginale de son bord inférieur.

Le ligament vertébral commun antérieur était intact.

EXPÉRIENCE XI

H..., 63 ans.

Contrairement à ce qui s'était produit au cours de l'expérience précédente, où nous avions été surpris de provoquer une lésion osseuse dès les premiers mouvements de flexion et d'extension communiqués à la tête du cadavre, nous n'avons obtenu, ici, après toute une série de mouvements identiques, qu'une petite suffusion sanguine.

Cette petite hémorragie de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, siégeait au niveau de la cinquième vertèbre cervicale, en arrière du ligament vertébral antérieur demeuré intact. Elle était due à une rupture vasculaire.

EXPÉRIENCE XII

X..., 71 ans.

Les manœuvres expérimentales ont été pratiquées comme de coutume, mais seulement après avoir mis à découvert la face antérieure de la colonne cervicale, en réclinant le larynx, la trachée et la pharynx.

Nous avons vu se produire une petite déchirure siégeant en plein corps du ligament interosseux unissant la cinquième vertèbre cervicale à la sixième. Cette petite solution de continuité une fois amorcée, s'est agrandie rapidement à chaque mouvement de flexion et d'extension imprimé à la tête du cadavre, et a déterminé la formation d'une petite hémorragie, localisée à la face postérieure du ligament vertébral commun antérieur demeuré intact.

D'après les résultats obtenus au cours de nos expériences, les lésions que nous avons provoquées peuvent être classées par ordre de gravité, de la façon suivante, en commençant par les plus simples pour aboutir aux plus importantes :

a) Simples lésions vasculaires.
b) Lésions ligamenteuses.
c) Lésions ligamenteuses et osseuses à la fois.
d) Lésions osseuses.

Lésions vasculaires. — Elles ont pour origine la rupture de petites veinules qui parcourent la face antérieure du rachis, rupture consécutive aux tiraillements produits par le ligament vertébral commun antérieur au moment où la tête retombe en arrière.

D'autres fois, nous avons constaté que le sang provenait du corps vertébral lui-même et s'épanchait par les trous vasculaires siégeant à la face antérieure de la vertèbre.

Dans ces deux cas le sang s'infiltrait entre la vertèbre et le ligament vertébral commun antérieur. De plus, dans l'expérience I nous remarquons qu'il envahit les muscles prévertébraux de la région latérale droite du cou et dans les expériences IV et IX nous constatons que l'épanchement sanguin a gagné la face antérieure du ligament vertébral commun antérieur sans lésion apparente de ce ligament. Le passage d'une face à l'autre du ligament a pu être favorisé par la présence des petites fentes vasculaires siégeant sur ce ligament, ainsi que nous l'avons mentionné dans les considérations anatomiques faisant l'objet de notre premier chapitre.

Lésions ligamenteuses. — Une fois, le ligament vertébral commun antérieur présentait une solution de continuité (expérience II).

Une seule fois (expérience XII), nous avons constaté une rupture siégeant en plein corps d'un ligament interosseux mais n'entraînant pas de lésions osseuses des vertèbres adjacentes.

Lésions ligamenteuses et osseuses. — Elles sont caractérisées par ce fait particulier, qu'un ligament interver-

tébral, généralement celui qui sépare la cinquième vertèbre de la sixième, provoque une fracture marginale, par arrachement osseux de la partie inférieure de la vertèbre supérieure.

Lésions osseuses. — Elles consistent en de petites fissures siégeant à la face antérieure des corps vertébraux ; le trait de fracture mesurant quelques millimètres seulement, est très fin et réuni souvent entre eux deux trous vasculaires voisins. Cette lésion osseuse, souvent très minime, pourrait facilement passer inaperçue, si on n'avait pas la précaution de laisser la tête fléchie en arrière, ce qui maintient écartées les deux lèvres de la petite brèche osseuse.

Dans l'expérience IX, les manœuvres ayant porté sur un sujet en rigidité cadavérique complète et ayant été exécutées avec plus de force que de coutume, nous avons déterminé la production de fractures osseuses beaucoup plus importantes.

Parmi ces différentes sortes de lésions, les plus intéressantes sont certainement les lésions vasculaires simples, celles qui font l'objet de notre première catégorie et où on ne rencontre ni lésions osseuses ni lésions ligamenteuses pouvant être considérées comme la cause de l'épanchement sanguin. L'expert qui rencontrerait une suffusion sanguine de ce genre serait presque fatalement poussé à soupçonner comme cause provocatrice, des manœuvres de strangulation.

Mais, le fait de la présence d'une lésion osseuse ou ligamenteuse concomitantes ne doit pas, à priori, faire rejeter l'idée de pendaison ou de strangulation sur le vivant. Bien que cette question soit encore controversée,

la plupart des auteurs contemporains sont d'accord actuellement pour admettre l'existence de lésions du rachis consistant en luxation ou fracture des vertèbres cervicales dans la pendaison.

Au dix-huitième siècle, Louis faisait de cette lésion la signature des pendaisons violentes et tout particulièrement des pendaisons de justice, pendaisons à grand fracas où l'individu est précipité dans le vide et où le bourreau avait l'habitude de peser de tout le poids de son corps sur les épaules du condamné.

Ces lésions, bien que plus rares dans la pendaison suicide, se rencontrent cependant. Brouardel, Lacassagne, Thoinot en citent des observations.

Brouardel écrit notamment, à propos d'une fracture de la cinquième vertèbre cervicale constatée à l'autopsie d'une femme de 68 ans, ayant succombé à la pendaison : « La fracture de la cinquième vertèbre cervicale s'explique par la position du nœud, l'angle le plus élevé formé par la corde se trouvant sous le menton a fortement relevé la tête et l'a renversée en arrière, imitant ainsi l'ancien procédé du bourreau de Paris, procédé par lequel se produisait souvent des fractures ou des luxations de la colonne vertébrale.

Notons, de plus, que dans la vieillesse la substance osseuse se raréfie, rend les fractures plus faciles à effectuer et que l'âge de cette femme (68 ans) permet de comprendre cette lésion, même sans qu'il y ait eu de grandes violences exercées. »

Dans la *Revue Médicale de l'Est* (décembre 1905-janvier 1906), M. le professeur P. Parisot et son préparateur M. le docteur Blum ont publié un cas intéressant de lésions de la colonne vertébrale au cours d'une

pendaison suicide. Il s'agissait d'un homme de soixante ans, entré à l'hôpital de Nancy en janvier 1905, pour une pneumonie grippale et qui s'était pendu haut et court, la tête près de la tringle de fer qui se trouve au-dessus des lits de l'hôpital et sert d'attache à une corde mobile qui permet aux malades de se soulever. Dans le cas particulier, le malade avait choisi cette corde comme lien de suspension.

« A l'autopsie, on a constaté sur la colonne vertébrale une ecchymose à travers laquelle apparaît une lésion de la colonne cervicale. Cette suffusion sanguine, qui commence au niveau de la cinquième vertèbre cervicale, s'étend latéralement sur les deux côtés du vertex et descend dans le thorax jusqu'à quatre centimètres au-dessous de la partie lésée, sa longueur totale est de cinq centimètres et demi, sa largeur de quatre centimètres. Derrière cette ecchymose existe une déchirure du ligament vertébral commun antérieur compliquée d'un écartement entre le corps de la sixième et de la septième cervicale, à ce niveau le disque intervertébral est rompu. »

Parmi les conclusions qui accompagnent cette observation, nous relevons celle-ci qui vient corroborer nos dires : « Des lésions profondes de la colonne vertébrale n'impliquent pas toujours une chute d'un lieu élevé ou une violence étrangère à la victime. »

Pour ce qui est des lésions du rachis au cours de la strangulation, Lacassagne en note la possibilité dans son traité de Médecine légale. Richoud, Causse en publient des observations.

Montagné dit notamment : « Le mécanisme du meurtre par strangulation manuelle présente ceci de caractéristique, c'est qu'il nécessite très souvent, de la part du

meurtrier, une violence très grande, surtout dans les cas de surprise qui amènent chez la victime, terrorisée par cette attaque foudroyante, un violent rejet de la tête en arrière. Sous cette double influence, il est parfaitement possible d'admettre une luxation des vertèbres ou une fracture ordinaire, ou même une simple déchirure des ligaments. »

Salim-Fahri écrit : « On a quelquefois, également, au cours de la strangulation, la fracture et la luxation des vertèbres cervicales, ces lésions sont généralement au niveau de la cinquième ou de la sixième vertèbre cervicale, mais elles sont rares et on les rencontre plutôt dans la pendaison. »

Il est à remarquer que Montagné, dans l'étiologie des lésions du rachis au cours de la strangulation, attache une grande importance au rejet de la tête en arrière, mécanisme que nous avons invoqué dans la production des lésions post-mortem.

Notons que Maschka, de Vienne, à propos des lésions osseuses relevées dans la pendaison, bien que n'ayant jamais vu de fractures ou luxations de vertèbres dans ce genre de mort, même chez les suppliciés, admettait qu'elles pouvaient survenir si une force considérable agissait sur le cou et si en même temps la tête se trouvait fortement fléchie en arrière. Ces conditions se rencontrent dans la strangulation manuelle.

Nous pouvons donc conclure que si le médecin expert qui découvre, au cours d'une autopsie, une hémorragie siégeant dans la région prévertébrale, en rapport avec des désordres osseux ou articulaires du rachis, n'est pas en droit d'éliminer d'office la possibilité de strangulation ou de pendaison, il devra cependant se demander si

ces lésions ne sont pas dues à des causes banales telles que celles que nous avons mises en lumière dans nos expériences.

En se basant sur l'opinion ancienne et demeurée classique pendant longtemps, qui voulait que le sang ne se coagulât pas après la mort, on ne manquerait pas de nous faire la critique suivante : A la suite des mouvements involontaires qui sont imprimés à la tête d'un cadavre après la mort, de même qu'au cours de vos expériences, qui en sont la reproduction expérimentale, vous déterminez bien la formation d'une hémorragie, mais vous n'aboutissez pas à l'ecchymose avec caillots.

Or, l'ecchymose est-elle toujours un phénomène vital ? Est-il permis d'en faire le signe certain qu'un traumatisme est intervenu avant la mort ? En d'autres termes, l'épanchement sanguin post-mortem que nous avons constaté dans la région prévertébrale peut-il, dans certaines conditions, se coaguler ?

Cette question a été pendant longtemps l'objet de recherches multiples et d'expériences variées et l'accord des auteurs sur ce point est loin d'être parfait. C'est du moins l'opinion qu'il nous reste après avoir pris connaissance des résultats des travaux faits à ce sujet.

Cependant, la lecture d'ouvrages plus récents montre que des idées admises par tous pendant longtemps, sans contestation, n'ont pas en réalité la valeur absolue qu'on leur attribuait.

Flament, dans : *Les Ecchymoses post-mortem*, thèse de Lille 1913, à la suite d'expériences faites sur des lapins et des chiens, pose les conclusions suivantes : « Pour nous, la réalisation expérimentale d'ecchymoses post-mortem chez des animaux a pu se faire dans les heures

qui ont suivi la mort, jusqu'à la 22^e heure environ......

Au niveau des foyers de contusion, même après la mort, le sang est capable encore de se coaguler et de former des caillots.... Ainsi peuvent être créées après la mort des ecchymoses pouvant ressembler à s'y méprendre aux ecchymoses résultant de lésions produites sur le vivant. C'est là une considération de la plus haute importance en médecine légale. La possibilité d'ecchymoses post-mortem analogues ou très semblables aux ecchymoses produites sur le vivant, est un fait qui doit mettre en garde le médecin légiste contre les erreurs possibles. Il en résulte que, devant telle autopsie, à propos de telle expertise, en présence d'ecchymoses sur un cadavre, le médecin légiste n'est pas en droit de conclure que les lésions productrices des ecchymoses ont été faites sur le vivant. Les ecchymoses post-mortem existent et elles peuvent prêter à confusion. »

Nous tenons à faire observer que les conclusions de Flament ont été posées à la suite d'expériences faites sur des animaux où le genre de mort choisi a été pour tous la pendaison ; or, on sait qu'une propriété importante, attribuée autrefois au sang asphyxique, était sa non-coagulité. Il en résulte que, même chez les asphyxiés, il est possible d'obtenir la coagulation du sang après la mort.

Nous croyons utile de citer le passage suivant, emprunté à un article écrit par Stockis et Leclercq, publié dans les *Annales de Médecine Légale*, N° de mai 1921, sur l'état du sang dans les asphyxies mécaniques : « Etudiée dans ces dernières années par Carrada, Sarda, Romant et Euzière, et De Craene, la fluidité n'est pas constante et,

d'autre part, on sait qu'elle est assez commune à la plupart des morts rapides..... La complexité des phénomènes de la coagulation rend compte des nombreuses divergences surgies à cet égard entre les auteurs. »

Brouardel admettait aussi la possibilité de l'ecchymose post-mortem, mais ceci pendant un temps beaucoup plus court que celui signalé par Flament : « Lorsque je vous ai décrit l'ecchymose rétro-pharyngienne due à la pression violente du larynx sur le pharynx, je vous ai dit que la présence de cette ecchymose prouvait que le pendu vivait au moment de la suspension. Mais, on vous objectera qu'Orfila avait produit des ecchymoses sur des cadavres, alors que la mort remontait déjà à une heure ou une heure et demie. Le fait est vrai, mais dans certaines limites.

On peut dire que sur le corps d'un individu qui vient de mourir, il est possible de produire encore pendant vingt ou vingt-cinq minutes des ecchymoses à peu près pareilles à celles qui se forment pendant la vie. »

Nous inspirant des idées admises par les auteurs contemporains, il nous semble donc possible que le sang constituant l'hémorragie prévertébrale post-mortem qui nous intéresse pourra, quelques fois tout au moins, quand certaines conditions seront réalisées, se coaguler.

D'après les renseignements que nous avons puisés chez les différents auteurs qui ont étudié la production de l'ecchymose post-mortem, nous voyons que la coagulation aura d'autant plus de chance de se réaliser que l'hémorragie aura été provoquée à un moment plus rapproché de la mort.

Or, nous avons admis comme origine de l'hémorragie prévertébrale, une lésion du rachis ou une déchirure

des petits vaisseaux parcourant le surtout ligamenteux prévertébral consécutives aux mouvements qui sont imposés à un cadavre, soit au cours de la toilette mortuaire, soit pendant le transport du corps.

Lorsque l'on procède à la toilette d'un cadavre, on choisit généralement un moment assez voisin de la mort afin de ne pas avoir à vaincre la rigidité cadavérique, qui viendrait faire obstacle aux différents mouvements nécessaires pour habiller commodément le cadavre ; de même le transport du cadavre à la morgue est effectué bien souvent dans un temps assez court après la mort.

Lorsque ces conditions se trouveront réalisées, il est probable que l'épanchement sanguin prévertébral se coagulera. Nous voulons bien admettre que le caillot post-mortem ainsi obtenu n'aura peut-être pas la même consistance, la même étendue que celui de l'ecchymose produite sur le vivant, mais c'est là une question de degré et d'appréciation bien délicate pour en tirer des conclusions médico-légales précises, d'autant plus que, normalement, l'ecchymose rétro-pharyngienne typique se produisant chez des pendus ou des strangulés ne présente pas toujours un coagulum bien homogène et cela du fait des propriétés particulières du sang asphyxique. Il nous a été donné, en effet, de constater des ecchymoses rétro-pharyngiennes, produites sur le vivant, où nous ne trouvions que quelques caillots perdus dans une masse de sang plus ou moins abondante.

D'autre part, les autopsies médico-légales ne sont pratiquées, bien souvent, que dans un délai assez long après la mort, alors que la putréfaction est déjà avancée ; or, chacun sait que, dans ces conditions, les ecchymoses perdent leur caractère spécial et que le caillot qui les

constitue se dissocie et même finit par se liquéfier, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de cadavres de noyés putréfiés où les phénomènes d'imbibition peuvent même arriver à simuler des suffusions.

Cette remarque générale acquiert une valeur absolue si on envisage les constatations faites au cours d'autopsies pratiquées après exhumations.

Avant de clore ce chapitre, nous croyons utile d'attirer l'attention sur un fait particulier signalé dans nos expériences.

La plupart des épanchements sanguins que nous avons produits siégeaient, en effet, à la face antérieure des vertèbres cervicales et étaient limités en avant par le ligament vertébral commun antérieur. Or, si dans la pratique on rencontre quelquefois l'ecchymose rétro-pharyngienne à cet endroit précis, elle se produit généralement en avant du ligament vertébral commun antérieur dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien. Aussi devons-nous poser la question suivante : Les suffusions sanguines que nous avons observées en arrière du ligament, peuvent-elles passer à sa face antérieure sans que l'on observe de lésions de ce ligament ? Anatomiquement la chose est rendue possible par la présence dans le ligament lui-même de fentes vasculaires permettant la communication de sa face postérieure à sa face antérieure. Nous avons remarqué deux cas de ce genre au cours de nos expériences ; d'autre part, M. le professeur P. Parisot et son préparateur le docteur Blum rapportent dans la *Revue Médicale de l'Est* (décembre 1905), un cas anlogue, publié par Lesser, disant notamment : « Que chez un pendu présentant sur la face antérieure de la colonne cervicale, entre la troisième et la sixième vertèbre, un

tissu osseux sous-périostal de nouvelle formation, il a constaté une rupture de ce tissu entre la cinquième et la sixième vertèbre, et au-dessous de cette lésion il y avait un épanchement de sang liquide s'étendant en avant du ligament vertébral commun antérieur demeuré intact. »

Nous pouvons donc conclure que, dans certaines conditions, l'hémorragie prévertébrale pourra devenir réellement rétro-pharyngienne en traversant sans effraction le ligament vertébral commun antérieur et en empruntant uniquement les fentes vasculaires que présente ce ligament et que nous avons signalées dans les considérations anatomiques faisant l'objet de notre premier chapitre.

CHAPITRE IV

Ecchymoses pharyngienne et œsophagienne

Dans le chapitre précédent, nous avons vu qu'il était possible de produire sur le cadavre, dans la région cervicale, des suffusions sanguines, ayant pour origine un mécanisme spécial que nous avons étudié et qui pouvaient en imposer dans certaines circonstances, pour des ecchymoses rétro-pharyngiennes dues à une strangulation ou à une pendaison sur le vivant.

Or, à la suite de constatations faites au cours d'une autopsie médico-légale, pratiquée par M. le professeur P. Parisot, nous avons cru pouvoir trouver, dans l'examen de la muqueuse pharyngienne ou œsophagienne, les éléments suffisants permettant de faire un diagnostic différentiel certain entre ces deux sortes de lésions.

Il s'agissait, en effet, d'un sujet qui présentait par ailleurs les différents signes d'une strangulation à la main très nette (ainsi qu'il est possible de s'en rendre compte à la lecture du résumé du rapport médico-légal que nous publions dans le chapitre V) et dont la muqueuse pharyngienne offrait, sur la paroi postérieure du pharynx, un piqueté ecchymotique bien limité répondant

exactement comme forme et dimension au chaton du cartilage cricoïde. Celui-ci, au cours des manœuvres de strangulation, transmettant la pression exercée d'avant en arrière sur le larynx, par la main du meurtrier, avait comprimé la muqueuse pharyngienne contre la colonne vertébrale, déterminant ainsi la production d'un piqueté hémorragique sur cette muqueuse à la paroi postérieure du pharynx et à une hauteur répondant à la cinquième vertèbre cervicale.

Nous devons signaler, de plus, qu'au même niveau, dans la région prévertébrale il existait une ecchymose rétro-pharyngienne de même dimension.

L'ecchymose rétro-pharyngienne et le piqueté ecchymotique pharyngien se superposaient exactement et avaient certainement la même origine.

Le piqueté ecchymotique pourra, selon les cas, être nettement pharyngien ou, au contraire, intéresser la muqueuse œsophagienne. En effet, d'après Testut : « L'œsophage commence, en haut, au niveau d'un plan horizontal, rasant le bord inférieur du cartilage cricoïde ; ce plan, le sujet étant debout et la tête en position normale, répond, chez l'homme, au corps de la sixième ou de la septième vertèbre cervicale. » Or, ainsi que nous l'avons fait remarquer, selon la position respective du meurtrier et de sa victime, la pression exercée sur le larynx pendant la strangulation sera perpendiculaire à la colonne vertébrale, ou plus ou moins dirigée obliquement de bas en haut et d'avant en arrière. En effet, si, au cours de l'agression, la victime est dans la station verticale, le piqueté ecchymotique sera nettement pharyngien, car la main qui exercera la constriction du larynx aura tendance à le repousser en haut et dans ce

mouvement ascendant, le cartilage cricoïde se trouvera alors en rapport avec la cinquième ou même la quatrième vertèbre cervicale ; tandis que si la victime est tout d'abord terrassée, puis strangulée à terre, la main de l'agresseur exercera sur le larynx une pression sensiblement normale à la colonne vertébrale. Dans ces conditions, le piqueté ecchymotique siégera sur la muqueuse œsophagienne ou, tout au moins, à la limite, toute conventionnelle d'ailleurs, du pharynx et de l'œsophage. C'est ce qui s'est produit dans le cas particulier dont nous publions les constatations faites à l'autopsie, et où, d'après les commémoratifs et la levée de corps, nous avions pu établir que le vieillard avait été strangulé étant couché sur son lit.

Pour être bien caractéristique, ce piqueté ecchymotique devra être nettement limité. On ne devra pas le confondre avec la congestion diffuse que l'on rencontre quelquefois sur le pharynx et que l'on doit attribuer à la stase veineuse, ni avec la teinte rougeâtre due à un début de putréfaction ou à des lividités.

Il est assez curieux de noter que les classiques, dans leur étude des lésions consécutives à la pendaison ou à la strangulation, parlent très peu du pharynx ou de l'œsophage et n'insistent pas sur les lésions particulières dont ces organes peuvent être le siège. Nous avons fait la même constatation à la lecture des différentes thèses traitant de la pendaison ou de la strangulation.

Nous pensons qu'au cours d'une autopsie médico-légale, il ne faut pas se contenter d'examiner la région rétro-pharyngienne pour voir si elle est ou non le siège d'une ecchymose rétro-pharyngienne, et de se rendre compte plus ou moins rapidement si le conduit laryngé ne ren-

ferme pas de corps étrangers, on devra inspecter attentivement les muqueuses pharyngienne et œsophagienne afin de constater si elles ne présentent pas des lésions particulières.

Si l'on observe, sur un cadavre présentant par ailleurs des signes de strangulation ou de pendaison, une ecchymose rétro-pharyngienne et en regard une ecchymose pharyngienne ou œsophagienne, on pourra conclure de cet ensemble de lésions à des manœuvres criminelles effectuées pendant la vie.

CHAPITRE V

Extraits des observations et rapports médico-légaux

DE M. LE PROFESSEUR PIERRE PARISOT

(*Archives du Laboratoire de Médecine Légale de Nancy.*)

Dans ce chapitre, nous publions, à titre documentaire, un exemple de chaque variété d'asphyxie mécanique par pendaison, strangulation à la main, strangulation au lien, strangulation combinée à la main et au lien.

Ces cinq observations résumées sont tirées de la pratique médico-légale de M. le professeur P. Parisot.

OBSERVATION I

Pendaison

Autopsie, pratiquée le 22 novembre 1915, d'un homme de 45 ans, Alsacien non naturalisé, recherché par la police.

La face est congestionnée, les lèvres sont violacées, la langue est serrée entre les dents, il n'y a pas d'ecchymoses palpébrales ou oculaires.

Le cou présente, à sa partie antérieure et à sa partie latérale gauche, un double sillon, tandis qu'à droite, au-dessous de

l'oreille, le sillon est simple et disparaît en arrière où se trouvait le nœud du lien de suspension.

En avant, le sillon passe entre le larynx et l'os hyoïde, puis remonte obliquement pour gagner la partie postérieure du cou.

A la dissection du cou, on remarque un amincissement et un parcheminement de la peau au niveau du sillon. Il existe un tassement très net du tissu cellulaire sous-cutané, mais les muscles n'offrent rien de particulier à signaler ; la tunique interne de la carotide droite présente une déchirure annulaire, la carotide gauche est intacte.

La corne supérieure droite du cartilage thyroïde est fracturée et, au niveau du trait de fracture, il existe une petite hémorragie avec caillots.

Le voile du palais et le pharynx sont rouges, congestionnés ; cependant, il n'y a pas d'ecchymose rétro-pharyngienne.

OBSERVATION II

Le corps est celui d'un homme âgé de 30 ans, la putréfaction est avancée, la rigidité cadavérique a complètement disparu. Les membres inférieurs présentent des lividités assez accentuées. La face est très congestionnée, la langue est prise entre les dents et il sort de la bouche une écume blanchâtre. Les conjonctives oculaires et palpébrales n'offrent rien à signaler.

Il n'existe pas de traces de violences sur les différentes parties du corps.

Sur le cou, on remarque un sillon très net aux parties antérieure, latérale gauche et postérieure, mais peu marqué du côté droit où se trouve le nœud du lien de suspension qui a laissé une profonde empreinte au-dessous de l'angle droit du maxillaire inférieur.

A la dissection, nous constatons que les deux lèvres du sillon sont congestionnées, la lèvre supérieure l'est plus que l'infé-

rieure ; au niveau du sillon, la peau est parcheminée, de plus, le sillon a laissé une empreinte très nette sur les muscles où cependant nous ne remarquons pas d'ecchymose. Les veines jugulaires et les artères carotides ne sont pas déchirées.

La grande corne droite de l'os hyoïde est fracturée, à un centimètre de son extrémité. Le larynx est intact. La dissection des parties latérales du cou nous permet de constater qu'il existe, dans l'espace maxillo-pharyngien, du côté droit, une importante hémorragie, où nous retrouvons quelques caillots, qui infiltre les muscles sur une hauteur de quatre centimètres et gagne la région latérale droite de la colonne vertébrale. Cette hémorragie a été produite par la pression du nœud du lien de suspension dont nous avons relevé l'empreinte immédiatement au-dessous de l'angle droit du maxillaire inférieur.

OBSERVATION III

Strangulation à la main

Autopsie du cadavre du sieur R..., âgé de 75 ans environ, découvert sur un grabas dans le local que cet homme habitait.

Levée de corps. — Le cadavre du sieur R... est recouvert de ses vêtements, qui sont très usagés et déchirés par places ; le pantalon présente des accrocs multiples et la manche gauche du veston est presque complètement décousue de l'épaule. Les boutons et les boutonnières du veston sont intacts ; la chemise est dans un état de saleté repoussante et la boutonnière du col est déchirée.

Le cadavre présente des traces multiples de violences, consistant pour la plupart en écorchures, éraflures et ecchymoses. Ces lésions sont répandues sur une grande surface du corps, on les relève notamment à la face, où nous remarquons à l'angle interne de l'œil gauche et s'étendant jusqu'à la racine du nez, une ecchymose profonde en rapport avec une fracture des os du nez. A l'œil droit et à l'œil gauche, il existe une très légère ecchymose sous-conjonctivale à la partie supérieure, à la limite de la conjonctive et de la cornée.

Au cou, nous relevons les lésions suivantes : à droite, à la partie antérieure, immédiatement au-dessous de la mâchoire inférieure, quatre éraflures, les unes curvilignes, les autres linéaires. A gauche du larynx, une série de surfaces arrondies parcheminées avec ecchymoses sous-jacentes, disposées sur une ligne oblique de haut en bas et de dedans en dehors, au niveau d'une de ces surfaces parcheminées, il y a quelques éraflures curvilignes et rectilignes, mais moins caractéristiques que celles signalées au côté droit du cou.

Ces lésions paraissent avoir été faites par une main droite appliquée à la partie antérieure du cou, le pouce mettant son empreinte à droite, sous le maxillaire inférieur, tandis que les autres doigts de la main auraient produit la traînée de petites plaques parcheminées notées sur le côté gauche du larynx. Ce sont là des signes de strangulation à la main auxquels on peut rattacher les deux ecchymoses sous-conjonctivales sus-indiquées.

Autopsie. — A la dissection du cou, on trouve à la partie antérieure du larynx, au niveau de la pomme d'Adam, une ecchymose non apparente extérieurement, siégeant sur la ligne médiane et s'étendant un peu à droite. Sous cette ecchymose, on remarque une fracture du larynx, le trait de fracture siège sur le cartilage thyroïde et mesure trois à quatre millimètres de longueur.

Le cartilage cricoïde présente à droite, à la partie antérieure et supérieure de l'anneau, un arrachement au niveau de l'insertion de la membrane crico-thyroïdienne.

A la partie postérieure du larynx, on note, à droite, une ecchymose dans l'espace crico-thyroïdien.

La muqueuse pharyngienne présente à la paroi postérieure et inférieure du pharynx un petit piqueté hémorragique bien limité et répondant exactement au chaton du cartilage cricoïde. Ce piqueté ecchymotique a été produit par la pression exercée par le larynx d'avant en arrière. Cette lésion se trouve à la limite du pharynx et de l'œsophage sur lequel on rencontre quelques petites dilatations veineuses.

Derrière le pharynx, en avant de la colonne vertébrale, il

existe une ecchymose de la dimension d'une pièce de un franc ; cette ecchymose siège au niveau du corps vertébral correspondant au piqueté ecchymotique de la muqueuse pharyngienne. On remarque l'absence congénitale de la corne droite du cartilage thyroïde et une fracture avec ecchymose de la corne droite de l'os hyoïde.

Dans la trachée et dans les bronches, il y a une spume abondante et un liquide d'aspect vert noirâtre ; ce liquide, examiné au microscope, montre que sa couleur est due à de petits grains d'anthracose très nombreux qu'il contient en suspension.

Les autres organes n'offrent rien de spécial à signaler. Il n'y a pas de fracture du crâne, mais on constate une hémorragie méningée sous-dure-mérienne qui a été produite, d'après son aspect, de vingt-quatre à quarante-huit heures avant la mort et qui est due à une chute ou à un traumatisme sur le crâne.

Discussion. — Le cadavre du nommé R... présente des traces multiples de violences qui, toutes, ne sont pas contemporaines, sans être cependant très éloignées en date l'une de l'autre. Comme conséquence de ces violences il s'est produit, entre autre, chez ce vieillard artério-scléreux, une hémorragie méningée qui a entraîné probablement un état semi-comateux avec congestion et œdème pulmonaires.

Le caractère du caillot sous-dure-mérien nous permet de dire que cette hémorragie méningée remonte à vingt-quatre ou quarante-huit heures environ avant la mort.

Le cadavre présente, de plus, des signes externes et internes d'une strangulation à la main très nette. D'après l'aspect des lésions (ecchymoses sous-conjonctivales minimes, peu de congestion de la face et du cou, caillots abondants dans le cœur), cette strangulation a dû être exercée alors que R... agonisait probablement, à la suite des violences précitées, et a hâté la terminaison fatale.

Conclusions. — Le nommé R... a succombé aux suites des violences multiples par corps contondants et chutes sur le

sol ou sur un objet dur, spontanées ou provoquées, et à la strangulation à la main qui est venue hâter la terminaison fatale.

OBSERVATION IV

Strangulation au lien

Autopsie du cadavre d'un nouveau-né (2 janvier 1911).

Enfant du sexe masculin, dont les caractéristiques permettent de dire qu'il est né à terme ou à une époque voisine du terme.

Le cadavre de l'enfant est renfermé dans une valise, il est enveloppé dans un torchon de treillis à mailles larges, maculé de sang, on y trouve également le placenta, une paire de ciseaux de brodeuse et un fil teinté de sang mesurant vingt-cinq centimètres. Le cadavre de l'enfant est souillé de sang maternel et ne présente aucun signe extérieur de putréfaction. Une cordelette de 4^{mm} environ de diamètre et de 0 m. 40 de longueur, est enroulée deux fois autour du cou, passant au-dessus du larynx ; les deux extrémités ne sont pas nouées ensemble et se terminent librement sur le côté gauche du cou.

La cordelette a laissé son empreinte profondément marquée sur la peau du cou, déterminant ainsi un sillon de 4 à 6^{mm} de largeur ; ce sillon est double tout autour du cou, sauf à gauche, où, sur une étendue de deux centimètres, au-dessous de l'oreille gauche, il est simple ; cette partie correspond à l'endroit où les deux chefs de la corde sont libres. Dans sa partie droite, les deux tours de la cordelette ont déterminé un pincement de la peau, le bourrelet ainsi formé est rouge et congestionné. Le sillon n'est pas parcheminé, ses deux lèvres sont congestionnées, et notamment la lèvre supérieure.

La face est rosée, les lèvres sont violacées, la langue fait saillie entre les maxillaires ; les conjonctives sont fortement congestionnées. Sur le reste du corps il n'existe aucune trace de violence.

Autopsie. — La dissection du cou permet de mettre en évidence les caractères suivants : Il n'y a aucune hémorragie entre les muscles ni dans le paquet vasculo-nerveux, on ne constate pas de ruptures musculaires, ni de lésions de la tunique interne des carotides.

Il existe une congestion intense d'une partie du corps thyroïde, du larynx, de la base de la langue et de l'épiglotte. Le pilier gauche du voile du palais présente, à sa base, une petite ecchymose, grosse comme un grain de millet. *Il n'existe pas d'ecchymose rétro-pharyngienne mais une congestion très intense donnant l'aspect d'une ecchymose.*

Le larynx et les grosses bronches renferment de la spume blanchâtre. Les poumons sont congestionnés, l'expérience de la docimasie pulmonaire permet d'affirmer que l'enfant a respiré ; les autres organes n'offrent rien de particulier à signaler.

OBSERVATION V

Strangulation à la main et au lien

Autopsie de la femme D..., pratiquée le 8 janvier 1909, à F...

Le cadavre de la femme D... est en état de rigidité cadavérique complète, la figure est violacée, boursoufflée, les paupières présentent un piqueté hémorragique très net, et les conjonctives sont le siège d'une ecchymose.

Sur la face et à la partie supérieure du cou, il existe des érosions unguéales, linéaires, curvilignes et mêmes triangulaires. A gauche et à droite du cou, au-dessous du maxillaire inférieur, on remarque quatre érosions.

Au cou, on distingue nettement la trace d'un lien de forme irrégulière, visible à la partie antérieure et aux parties latérales seulement.

Dans son ensemble, le sillon mesure vingt-six centimètres de longueur, il n'existe pas à la partie postérieure du cou et ses deux extrémités latérales et terminales sont séparées par une longueur de dix centimètres.

La direction générale du sillon est presque horizontale ou légèrement dirigée en haut et en arrière, surtout à gauche. En avant, il passe sur la partie supérieure du larynx et, sur les côtés, à cinq au six centimètres au-dessous des lobules des oreilles.

Cette empreinte est en rapport avec le col du corsage et notamment avec un pli de ce col qui s'adapte exactement au sillon du cou. Ce sillon est dû vraisemblement au col du corsage qui a été fortement tiré en arrière et peut-être tordu par une main placée entre la peau du cou et le col du corsage.

Le sillon de strangulation est de forme irrégulière et d'aspect différent dans son étendue ; à droite, nettement accentué, il est formé par un parcheminement de la peau, tandis qu'à la partie antérieure du cou il est peu profond ; à gauche, il est constitué par deux empreintes allongées et superposées formées de petites ecchymoses ; il se termine à son extrémité postérieure gauche par une abrasion allongée de l'épiderme avec teinte brunâtre.

A la dissection, on constate que les veines du cou sont gorgées de sang noir. Des ecchymoses multiples, quelques-unes assez étendues siègent au niveau, au-dessous et au-dessus du sillon, sur la glande sous-maxillaire, les muscles sous-hyoïdiens et sterno-hyoïdiens.

Les muscles sterno-cléido-mastoïdiens présentent une ecchymose au niveau du sillon.

A la base de la langue, on constate dans la masse du muscle hyoglosse une ecchymose de cinq millimètres de diamètre. L'épiglotte est recouverte d'un piqueté hémorragique abondant.

Il existe de petites ecchymoses sur le constricteur moyen du pharynx, au niveau des grandes cornes du cartilage thyroïde à droite et à gauche, au niveau de l'insertion droite et gauche des muscles thyro-hyoïdiens sur l'os hyoïde.

L'os hyoïde est fracturé et au-dessus de cette fracture, située à gauche, à un centimètre de la ligne médiane, on trouve un petit foyer hémorragique remontant entre les muscles mylo-hyoïdien et génioglosse.

La muqueuse pharyngienne présente deux petites ecchymo-

ses de un centimètre de diamètre au niveau de la grande corne droite du cartilage thyroïde.

On note une petite ecchymose entre le premier anneau de la trachée et le cricoïde ; de plus, il existe une importante ecchymose rétro-pharyngienne.

Les poumons sont congestionnés et emphysémateux. Le larynx, la trachée et les bronches renferment une spume blanchâtre abondante.

Les autres organes ne présentent rien de particulier à signaler ; notons cependant que l'utérus renferme un fœtus du sexe masculin mesurant treize centimètres de longueur.

Conclusions. — a) La femme D... a succombé à l'asphyxie par strangulation.

b) La strangulation a été effectuée à l'aide du col du corsage, faisant office de lien, et à l'aide des mains.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Si nous résumons les différents points de ce travail, nous voyons que des manœuvres très simples, n'ayant rien de criminelles, consistant en quelques mouvements d'extension et de flexion de la tête d'un cadavre, mouvements qui, bien souvent, se trouvent réalisés involontairement au cours des différents déplacements imprimés à un cadavre avant la mise en bière, sont suffisants pour provoquer du côté du rachis des lésions vasculaires, ligamenteuses ou osseuses localisées à la colonne cervicale. L'épanchement sanguin résultant de ces lésions pourra, dans certains cas, en imposer pour une ecchymose rétro-pharyngienne et faire penser à la strangulation ou à la pendaison.

L'ecchymose produite par ces mouvements prend naissance, d'après nos recherches, en arrière du surtout ligamenteux prévertébral, mais, étant donné la transparence de ce ligament elle en impose, à première vue, pour une ecchymose produite dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien, en avant de l'aponévrose cervical profonde. Cependant, dans certains cas, par suite des anastomoses veineuses entre les veines qui émergent des corps verté-

braux et le lacis veineux rétro-pharyngien, anastomoses rendues possibles par les fentes vasculaires siégeant sur le ligament vertébral commun antérieur et la constitution spéciale de l'aponévrose cervicale profonde qui lui est accolée, une hémorragie qui prend naissance au niveau des corps vertébraux, c'est-à-dire en arrière du ligament vertébral commun antérieur, pourra gagner la face antérieure de ce ligament et envahir la région rétro-pharyngienne.

Aussi, dans tous les cas d'ecchymose rétro-pharyngienne, est-il nécessaire de se rendre compte du siège exact et du point de départ de cette ecchymose pour établir un diagnostic causal précis.

Nous distinguerons donc parmi les ecchymoses rétro-pharyngiennes, celles qui ont leur origine dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien et celles qui ont leur point de départ dans la région prévertébrale proprement dite, en arrière du surtout ligamenteux.

Nous avons vu que ces deux variétés d'ecchymoses pouvaient avoir des causes productrices différentes, que la dissection seule ne suffit pas toujours à déterminer. Aussi, croyons-nous que le piqueté ecchymotique, sur lequel nous avons attiré l'attention et qui siège sur la muqueuse pharyngienne ou œsophagienne, pourra intervenir pour fixer le diagnostic causal.

Dè l'ensemble des faits que nous avons étudiés, il nous paraît donc possible de tirer les conclusions suivantes :

a) Les ecchymoses rétro-pharyngiennes, celles dont les dimensions varient d'une lentille à une pièce de un franc, ne donnent pas, à notre avis, à elles seules, au médecin expert qui les rencontre, la certitude absolue qu'elles ont été produites par des manœuvres de strangulation ou

de pendaison, et que ces manœuvres criminelles ont été effectuées pendant la vie.

b) Des manœuvres banales, produites involontairement après la mort, peuvent amener la formation de lésions qui, dans certains cas, en imposeront pour une ecchymose rétro-pharyngienne.

c) Comme signe particulier pouvant aider le diagnostic différentiel, nous croyons que l'ecchymose pharyngienne ou œsophagienne, selon le cas, pourra être d'un grand secours.

Vu :
Nancy, le 28 juin 1921.
Le président de la thèse,
Pierre Parisot.

Vu :
Nancy, le 28 juin 1921.
Le doyen,
E. Meyer.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 29 juin 1921.
Le recteur de l'Académie,
Ch. Adam,
Membre de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BALTHAZARD. — *Précis de Médecine légale*, Paris 1921.

BROUARDEL. — La pendaison, la strangulation, la suffocation, la submersion, Paris 1897.

CHRISTISON. — Caractères différentiels des blessures faites pendant la vie et après la mort. (*Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, 1829.)

DE CRAENE. — Etude médico-légale sur l'état du sang dans la mort par asphyxie. (*Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, 1909.)

DELCROS. — Sur un cas de luxation de la cinquième vertèbre cervicale. Thèse de Montpellier, 1905.

DEVERGIE. — *Traité de Médecine légale*, Paris 1852.

FLAMENT. — *Les ecchymoses « Post-mortem »*, étude médico-légale. Thèse de Lille, 1913.

LACASSAGNE. — *Précis de Médecine légale*, Paris 1906.

MONNIER. — *De la valeur médico-légale des ecchymoses du tégument externe*. Thèse de Lille, 1912.

MONTAGNÉ. — *Étude médico-légale sur la strangulation manuelle*. Thèse de Lyon, 1895.

ORFILA. — *Traité de Médecine légale*, Paris 1848.

PARISOT (P.) et BLUM. — Pendaison suicide et lésions de la colonne vertébrale. (*Revue Médicale de l'Est*, décembre 1905 et janvier 1906.)

SALIM-FAHRI. — *Etude médico légale de la strangulation par un lien*. Thèse de Lyon, 1895.

SARDA. — Sur l'état du contenu cardiaque dans la mort par asphyxie mécanique. (*Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, 1902.

STOCKIS et LECLERCQ. — Les asphyxies mécaniques. *Annales de Médecine légale*, mai 1921.

TARDIEU. — *Etude médico-légale sur la pendaison, la strangulation, la suffocation*, Paris 1879.

TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*, Paris 1905.

THOINOT. — *Précis de médecine légale*, Paris 1913.

TOURDES (G.) et METZQUER. — *Traité de Médecine légale* (*théorique et pratique*), Paris 1896.

VIBERT. — *Précis de Médecine légale*, 1911.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 5

Chapitre premier. — Considérations anatomiques. 9

Chapitre II. — Historique et considérations concernant l'ecchymose rétro-pharyngienne. 15

Chapitre III. — Production expérimentale sur le cadavre de l'hémorragie rétro-pharyngienne (variété prévertébrale) 23

Chapitre IV. — Ecchymoses pharyngienne et oesophagienne. . . . 45

Chapitre V. — Extraits des observations et rapports médico-légaux 49

Résumé et conclusions 59

Index bibliographique. 63

Imp. A. COLIN, 11, Rue des Quatre-Eglises, Nancy